

**DÉVELOPPEMENT D'UN PROGRAMME  
D'AUTOGESTION DES SOINS**  
À L'INTENTION DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE  
MALADIE CHRONIQUE ET LEURS PROCHES

JANVIER 2011

**Document final :**

Le 31 janvier 2010

**Révision :**

19 janvier 2011

Adopté par le conseil d'administration le 24 mars 2010

**Édition produite par :**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

1, 9<sup>e</sup> rue

Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9

[www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca](http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca)

Téléphone : 819 764-3264

Télécopieur : 819 797-1947

**Rédaction**

Céline Hubert, chargée de projet – autogestion des soins , maladies chroniques

Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

**Mise en page**

Mélanie Gauthier, agente administrative

Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

ISBN : 978-2-89391-436-7 (version imprimée)

978-2-89391-437-4 (version pdf)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 8 \$

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Note : Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Il désigne tant les hommes que les femmes.

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	1
Le Programme « vivre en santé avec une maladie chronique » .....	2
Le modèle régional en Abitibi-Témiscamingue .....	3
Définition des autogestion des soins.....	3
<i>Buts poursuivis</i> .....	4
<i>Formes d'autogestion des soins</i> .....	4
<i>Outils utiles pour l'autogestion des soins</i> .....	6
Les principes qui guident l'action .....	6
La clientèle cible.....	7
<i>Définition de la maladie chronique</i> .....	7
Description du programme d'autogestion des soins .....	8
<i>Le but du programme</i> .....	8
<i>La théorie sous-jacente au programme</i> .....	9
<i>Les éléments qui facilitent les autogestion des soins par la personne</i> .....	9
<i>Contenu du programme</i> .....	9
<i>Les éléments clés du programme</i> .....	9
Les cibles à atteindre avec le programme régional de développement d'autogestion des soins en regard des maladies chroniques.....	10
<i>Conditions d'accès au programme</i> .....	11
Résultats de la mise en œuvre du programme dans les provinces canadiennes.....	11
Propositions pour la mise en place de ce programme en Abitibi-Témiscamingue .....	12
<i>Cheminement habituel des animateurs bénévoles et des maîtres-entraîneurs dans le programme</i> ...	12
Tâches des différents acteurs du programme .....	12
Budget prévisionnel pour mettre en place le programme.....	18
Conclusion .....	19
 <b>ANNEXES</b>	
Annexe 1 - Étapes de réalisation du projet d'autogestion des soins.....	23
Annexe 2 - Budget prévisionnel (3 ans) .....	31



## INTRODUCTION

Pourquoi développer un programme d'autogestion des soins à l'intention des personnes vivant avec une maladie chronique alors qu'il y a des services mis à leur disposition dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)? Ils sont déjà, bien souvent, pris en charge par des professionnels de la santé. Comment ce nouveau programme s'inscrit-il dans le cadre des services en santé publique? Quel problème souhaitons-nous solutionner par cet ajout?

Dans sa planification stratégique, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence) souhaite pour notre région : « Des personnes en santé, dans une communauté en santé, dans une région en santé ». Les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches vivent des situations complexes, qui souvent les incitent à recourir aux services de santé de façon répétée sans pour autant ressentir une nette amélioration de leur condition. Les services de santé sont fréquemment débordés et peinent à répondre aux demandes de tous les citoyens. Il en découle un sentiment d'impuissance de part et d'autre, un sentiment de ne plus avoir le contrôle sur sa vie pour la personne atteinte et un risque d'insatisfaction face au service rendu tant de la part de la personne et ses proches que celle des professionnels de la santé.

Dans le cadre du suivi des personnes atteintes de maladies chroniques, l'Agence souhaite développer un programme qui permettra aux personnes atteintes et leurs proches d'améliorer leur qualité de vie et d'expérimenter une façon saine de vivre, malgré une condition chronique. Pour ce faire, l'accent sera mis sur l'amélioration des habiletés de la personne à prendre le contrôle de sa condition de santé et de sa vie.

Ce programme se veut, un élément important parmi les autres services offerts dans le suivi et le soutien aux personnes vivant avec des maladies chroniques.

La revue de littérature, laisse présager des gains importants tant pour les personnes atteintes que pour la qualité de soins à ces personnes. Le travail interdisciplinaire est un des facteurs de réussite des soins et services du programme de lutte aux maladies chroniques. La personne et ses proches sont des partenaires importants. Le changement de pratique et de mentalité qui est déjà débuté pourra se développer davantage pour toutes les personnes impliquées soit les intervenants de l'équipe interdisciplinaire, les professionnels de la santé et les personnes atteintes et leurs proches.

Vous verrez dans les pages suivantes les principaux éléments du programme régional d'autogestion des soins et vous serez en mesure d'en apprécier la portée et les améliorations qu'il pourra générer dans la pratique clinique et la vie quotidienne des personnes atteintes et leurs proches.

## LE PROGRAMME « VIVRE EN SANTÉ AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE »

Ce programme d'autogestion communautaire<sup>1</sup>, qui assiste les personnes avec une maladie chronique, a été développé par le département de Médecine familiale et communautaire du « School of Medicine » de l'Université de Stanford en Californie. Suite à une bourse de recherche, le programme a été développé et évalué par un essai randomisé et contrôlé. Il a été développé à partir de « focus group » composé de participants potentiels et d'experts nationaux et internationaux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) afin de s'assurer que les messages clés et le contenu sont exacts et basés sur des données probantes.

L'évaluation du programme a été réalisée auprès de plus de 1 000 personnes atteintes de différentes maladies chroniques (maladies cardiaques, maladies pulmonaires, AVC, arthrites, etc.) Ces personnes ont été suivies pendant une période de trois ans. Des changements ont été observés dans plusieurs domaines. Les personnes, qui ont suivi le programme, comparées à celles qui ne l'ont pas suivi, démontrent une amélioration significative au niveau de l'exercice physique, la gestion des symptômes cognitifs, la communication avec leurs médecins, le contrôle de l'anxiété liée à la condition de santé, la fatigue, les incapacités et les limitations dans l'exercice de leur rôle social. Toujours selon l'étude réalisée, ces personnes ont passé moins de jours à l'hôpital, ont fait moins de visites en externe et ont été moins hospitalisée de façon imprévue. Les données démontrent également une économie de coût dans un ratio approximatif de 1:10. Plusieurs de ces résultats ont persisté pour une durée aussi longue de trois ans. Cette étude a été complétée en 1996. Les résultats de cette étude et des études subséquentes sont disponibles sur le site Web de Stanford (<http://patienteducation.stanford.edu>)

Les compétences, apprises<sup>2</sup> lors de ce programme, permettent aux personnes d'acquérir des habiletés de résolution de problème, de prise de décision, de la réalisation de plan d'action, de communication, de gestion des émotions, à évaluer les résultats de leurs traitements, à promouvoir l'auto-efficacité et à prendre de l'assurance dans l'utilisation de leurs compétences. Au niveau cognitif, ils acquièrent des techniques de relaxation, de gestion du stress et des symptômes associés à leur condition chronique.

Au Canada, l'équipe du D<sup>r</sup> Patrick Mc Gowen, Ph. D., professeur agrégé, du Centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria en Colombie Britannique, s'est intéressé à ce programme et en a fait la promotion afin de le dispenser au Canada. À l'automne 2005, le directeur de santé publique de l'Agence, accompagné de cinq médecins de la région et de deux professionnels de l'Agence se sont rendu à Vancouver afin de connaître davantage le programme et rencontrer le D<sup>r</sup> Mc Gowen.

---

<sup>1</sup> Implementation Manual, Stanford Self-management Programs 2008

<sup>2</sup> BODENHEIMER, Thomas, Kate LORIG, halsted HOLMAN, Kevin GRUMBASCH, (2002), PATIENT SELF-MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE IN PRIMARY CARE, JAMA,, November 20, 2002, Vol 288, No. 19 (reprinted) de American Medical Association 2002.

Au Québec, les derniers travaux réalisés à date, pour l'appropriation du programme, l'ont été en collaboration avec l'équipe du D<sup>r</sup> Deborah Radcliffe-Branch, professeure adjointe à l'Institut et Hôpital neurologiques de Montréal de l'Université McGill. Grâce aux contacts réalisés, nous avons accès à du matériel tant en anglais qu'en français, ce qui facilitera la mise en place du programme, le moment venu. Le site internet de l'équipe de McGill (<http://mytoolbox.mcgill.ca/>) donne accès à de nombreuses informations bilingues sur le programme et aux évaluations réalisées par différents chercheurs.

En région, les liens créés avec l'équipe du D<sup>r</sup> Deborah Radcliffe-Branch permettront d'avoir accès à une équipe de formateurs chevronnés et à une formation en français, lorsque nous mettrons en place les formations pour les animateurs qui dispenseront le programme.

## LE MODÈLE RÉGIONAL EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Le programme de soutien à l'autogestion des soins, tel qu'illustré dans le tableau de la page suivante, est un des chaînons du *Programme de lutte aux maladies chroniques* de notre région. Il s'inscrit dans l'axe des activités cliniques et de santé publique; participe à court terme à une meilleure connaissance, meilleure motivation et l'acquisition des comportements d'autogestion des soins; contribue à moyen terme à la réduction des épisodes de décompensations aiguës, à la diminution du risque de progression de la maladie, au gain d'efficacité et d'efficience des soins; et concourt à la réduction de la morbidité et la mortalité associées aux maladies chroniques ainsi qu'à l'accessibilité et l'efficience des services offerts.

Les travaux actuels sont dans la lignée des réflexions déjà entreprises en 2005 dans des documents de réflexion sur l'organisation des soins et services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches soit : le modèle d'organisation, l'approche interdisciplinaire et l'autogestion des soins.

## DÉFINITION DE L'AUTOGESTION DES SOINS<sup>3</sup>

L'autogestion des soins concerne les tâches que la personne doit entreprendre pour bien vivre avec une ou plusieurs conditions chroniques. Ces tâches incluent le développement de la confiance d'agir sur les aspects médicaux, de leur rôle d'autogestion et sur les aspects émotionnels de leurs conditions.

L'autogestion des soins s'inscrit dans le modèle élargi de soins en maladies chroniques intégrant la promotion de la santé de la population. Ils permettent aux personnes d'être informées, d'être en action pour améliorer leur condition, d'améliorer les habitudes de vie au besoin et participer aux soins requis

Soutenir l'autogestion des soins inclut soutenir la personne (lui exprimer son acceptation, l'écouter, etc.) partager des connaissances, faciliter l'apprentissage et le développement personnel, aider la personne à construire des réseaux de soutien et fournir un milieu favorable.

---

<sup>3</sup> Rapport of a Summit, The 1<sup>st</sup> annual crossing the quality chasm summit, (september 2004)

## ***Buts poursuivis***

Les buts poursuivis, par l'enseignement de l'autogestion des conditions reliés à l'état de santé, sont d'éviter les complications prévisibles et les visites imprévues chez le médecin ou à l'hôpital, donner aux personnes atteintes la confiance nécessaire pour mieux gérer leur maladie par l'acquisition des connaissances et des capacités.

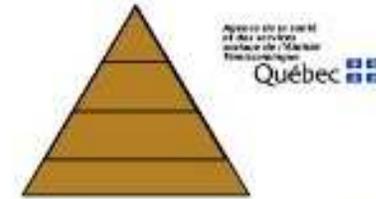
## ***Outils utiles pour l'autogestion des soins***

Plusieurs formes de communication peuvent être utilisées pour aider la personne atteinte à acquérir les habiletés nécessaires pour la gestion de sa condition de santé. À ce titre, il y a des sites Internet spécialisés ou non, des brochures et dépliants, des livres de référence, l'utilisation d'un carnet de santé, des outils interactifs, des rencontres individuelles ou de groupe, des enseignements théoriques et pratiques, des ateliers, etc.



## Programme de lutte intégré des maladies chroniques de l'Abitibi-Témiscamingue

### Modèle d'intervention



#### Objectifs et population ciblée

#### Gouvernance

#### Organisation des services

#### Activités cliniques et santé publique

#### Résultats Court terme

#### Moyen terme

#### Long terme



## Type d'autogestion des soins<sup>4</sup>

Nous retrouvons dans la littérature, de nombreux exemples que nous pouvons classer en deux types plus spécifiques :

### Axé sur la maladie (enseignement traditionnel)

- Porte principalement sur la pathologie, les symptômes, la bonne utilisation des traitements prescrits, l'autosuiivi, les mesures de contrôle de l'environnement, des mesures de protection.

### Axé sur le développement des habiletés

- Porte principalement sur le développement des habiletés pour résoudre les problèmes rencontrés en lien ou non avec les conséquences des conditions chroniques en général.

Selon les études, il a été prouvé que les programmes intensifs et interactifs qui forment la personne atteinte à surveiller son état de santé et qui utilisent des plans d'action écrits et adaptables ont plus d'effet. En plus de l'acquisition des connaissances pour la personne atteinte, ces programmes améliorent le comportement, la gestion des symptômes, l'observance du traitement et la capacité de se traiter, la qualité de vie en générale et dans certains cas, ils réduisent l'utilisation des services de santé inutiles et les coûts qui y sont reliés.<sup>5</sup>

## LES PRINCIPES QUI GUIDENT L'ACTION

Les principes qui sous-tendent l'autogestion des soins ont été mis en lumière lors d'un symposium réalisé à Ottawa en 2001<sup>6</sup>. Ce symposium a fait suite au projet « Prendre sa santé en main : une initiative partagée » où ont collaboré l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association Canadienne des écoles universitaires de nursing, l'Association des facultés de médecine du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et Santé Canada. Ces principes sont les suivants :

- La personne est toujours considérée comme un **partenaire** en ce qui concerne ses soins;
- L'approche est adaptée au sexe et à la culture;
- Le climat des relations entre les professionnels des soins de santé et la personne est basé sur la confiance;
- L'approche de soutien à l'autogestion des soins est basée sur essai méthodique de bénéficier de la motivation de la part de la personne à améliorer sa santé;

---

<sup>4</sup> Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *L'enseignement de l'autogestion pour améliorer la santé et réduire les admissions à l'hôpital des patients atteints de maladies chroniques* (Juin 2007)

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> [www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publicatgions/findings\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publicatgions/findings_f.pdf), visité le 08/10/14

- L'approche est facilitée par une collaboration interdisciplinaire;
- Les professionnels des soins de santé ont besoin d'un enseignement, d'une pratique et d'un soutien pour améliorer leur soutien à l'autogestion des soins;
- Les résultats fondés sur la preuve sont nécessaires pour soutenir l'efficacité de cette approche.

## LA CLIENTÈLE CIBLE

La clientèle visée par ce programme est composée de personnes vivant avec une condition chronique et leurs proches. Il n'y a pas de critère d'exclusion en lien avec un diagnostic spécifique. La seule exigence est au niveau cognitif; la personne doit être en mesure de comprendre et de faire les exercices proposés.

### **Définition de la maladie chronique**

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années. Elle a un développement graduel et une durée indéfinie, il peut avoir plusieurs facteurs en cause et il y a peu de chance de guérison. Les symptômes légers évoluent parfois vers le retour à un état stable ou vers le décès par cachexie ou suite à une complication d'une maladie aiguë. Par contre, « la progression ou les symptômes peuvent être contrôlés dans bien des cas. La maladie chronique nécessite généralement un suivi médical et un changement dans les habitudes de vie »<sup>7</sup>.

La maladie chronique se caractérise également par des relations familiales tendues, des changements d'activités familiales, une augmentation des tâches liées à la santé, une augmentation du stress financier, le besoin d'appareillage au logement, l'isolement, les inquiétudes médicales et le chagrin<sup>8</sup>.

De plus, la perception qu'a la personne de ses capacités est plus déterminante que la sévérité de la maladie. Dans la majorité des cas, l'adaptation à la maladie, davantage que la maladie elle-même, semble le meilleur indicateur de la qualité de vie et de la réintégration au travail<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> CAZALE, Linda et DUMITRU, Valeriu (2008), *ZOOM santé et bien-être* : Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. Série Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

<sup>8</sup> POTTER, Patricia A. et PERRY, Anne G. (2005), *Soins infirmiers*, 2<sup>e</sup> édition, Ed. Beauchemin, Laval

<sup>9</sup> Cadre de référence, *Programme régional de réadaptation pour les personnes atteintes de maladies chroniques*, Région de la Capitale Nationale, (février 2007)

## DESCRIPTION DU PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS

« **Living a Healthy Life with Chronic Conditions** » ou « **Mieux vivre avec une maladie chronique** »<sup>10</sup>

C'est un programme d'une durée de six semaines, à raison d'une session hebdomadaire de 2 h 30. Il s'agit de session de groupe (idéalement 10 à 12 personnes présentant des conditions cliniques diversifiées) où les animateurs en tandem, sont des personnes elles-mêmes atteintes de maladie chronique ou des personnes qui ont donné des soins, à une personne atteinte de maladie chronique, à titre d'aidant naturel. Ces personnes ont reçu la formation et ont expérimenté avec succès les enseignements reçus.

La formation touche les aspects plus généraux et vécus par les personnes quelque soit le type de maladie chronique. C'est un programme complémentaire au type plus traditionnel.

### **Le but du programme**

- Renforcer l'efficacité personnelle pour améliorer les résultats cliniques.

Selon la théorie cognitive et sociale de Bandura, deux éléments sont fondamentaux lorsqu'il est question d'apprentissage soit : la croyance en l'efficacité du comportement dans l'atteinte de ses objectifs et la croyance en son efficacité personnelle. Cette dernière est influencée par l'expérimentation de réussites similaires dans le passé, l'observation de réussites par des personnes vivants des expériences semblables positives, le renforcement positif et finalement par l'état émotionnel. Cet aspect de la confiance en soi est un élément important dans la motivation et la persévérance des actions qui modifient les comportements pour l'atteinte de ses objectifs.

Toujours selon Bandura (2003)<sup>11</sup> le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme « le jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter ».

Dans la présentation du Dr Patrick Mc Gowen de la Colombie Britannique, en 2005, il est question également de la maîtrise des savoirs. En pédagogie, selon la théorie de Bloom<sup>12</sup>, le postulat fondamental est que « la plupart des personnes devraient être capable d'acquérir les notions enseignées, pour autant que les conditions d'enseignement soient optimales pour chacun d'eux ». Il faut donc tenir compte des différences individuelles pour atteindre des résultats. Les variables importantes à tenir compte sont les suivantes : le degré de maîtrise dans les qualifications nécessaires à tout nouvel apprentissage; le degré de motivation à apprendre; la qualité de l'enseignement qui tient compte de l'aptitude à mettre en œuvre les deux facteurs précédents.

---

<sup>10</sup> MC GOWER, Patrick, PHd, *Living a Healthy Life with Chronic Conditions*, présentation PowerPoint

<sup>11</sup> BELLEROSE, Huguette (2008), *Le mentorat : au cœur du processus d'accueil et d'intégration des gestionnaires des équipes de soins*, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Vol. 4, n° 2.

<sup>12</sup> MONOT, Michel, *Le temps dont ils ont besoin pour apprendre... Notes sur la « pédagogie de la maîtrise*, <http://www.freinet.org/pef/fr/ped-mait.htm>, page visitée le 2008-10-19

## ***La théorie sous-jacente au programme***

- Une plus grande confiance de la personne dans ses capacités à faire des changements qui amélioreront sa vie, produit de meilleurs résultats cliniques.

## ***Les éléments qui facilitent l'autogestion des soins par la personne***

- L'utilisation de stratégies d'enseignement permettant la « pédagogie de maîtrise », afin de favoriser l'investissement personnel et la motivation. Ces stratégies respectent le rythme d'apprentissage des personnes, leur permettent d'apprendre les uns des autres par le partage d'expérience;
- Le modeling (imitation);
- L'apprentissage par l'observation des personnes d'expérience;
- La persuasion;
- L'enseignement et la pratique de la méthode de résolution de problème;
- La personne est en lien avec son réseau régulier de soins et peut communiquer avec eux pour être accompagné dans le suivi;
- La communication entre les personnes impliquées dans l'autogestion des soins (la personne, le formateur en autogestion et le soignant régulier de la personne) est susceptible d'améliorer les résultats;
- Le ou la conjoint-e ou une personne significative participe à la formation.

## ***Contenu du programme***

- Les informations venant du programme lui-même « Living a Healthy Life with Chronic Health Conditions » et celles venant des autres participants.
- Le développement des habiletés pratiques telles que : la pratique d'exercices physiques, l'alimentation santé, la résolution de problèmes, la communication, le travail avec les professionnels de la santé, la gestion de la colère, de la peur et de la frustration ainsi que d'autres habiletés selon la condition (dépression, fatigue, essoufflement), l'évaluation des options de traitement et des techniques cognitives comme l'autosuggestion et les techniques de relaxation.

## ***Les éléments clés du programme***

- La personne et ses proches deviennent partie prenante de la gestion de leur condition chronique;
- La personne est en mesure de faire des choix judicieux;
- La maîtrise de ses apprentissages lui permet de développer des habiletés pour apporter des changements de comportement;

- L'apprentissage se fait de façon interactive et favorise la motivation des participants;
- Le travail doit se faire en partenariat avec l'équipe de soins;
- L'implication des personnes bénévoles qui vivent avec la maladie chronique, qui ont l'expérience du programme et qui servent de modèle et de soutien est primordiale;
- L'approche globale et intégrée dans le continuum du programme de maladies chroniques où le programme d'autogestion des soins est un des maillons;
- Le programme puise, dans les forces vives de la communauté (réseau d'entraide, interrelations avec les proches et le voisinage, les relations avec l'équipe de soins) et chez les personnes elles-mêmes, les ressources pour améliorer la qualité de vie, reprendre le contrôle de sa destinée et vivre actif et en santé.
- La personne et ses proches sont en mesure de connaître et d'utiliser les ressources disponibles dans la communauté.

## **LES CIBLES À ATTEINDRE AVEC LE PROGRAMME RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT D'AUTOGESTION DES SOINS EN REGARD DES MALADIES CHRONIQUES**

Mettre sur pied dans chacun des territoires de CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, des activités d'autogestion des soins par le biais du programme « Living a Healthy Life with Chronic Health Conditions » ou « Vivre en santé avec une maladie chronique », ce programme propose également des outils pour évaluer l'atteinte de certains de ces objectifs.

Sensibiliser et mobiliser des professionnels de la santé œuvrant auprès des personnes atteintes et de leurs proches pour ce programme d'autogestion des soins.

Former, dans chaque territoire de CSSS, au moins deux équipes de deux personnes habilitées à donner les ateliers sur l'autogestion des soins.

Réaliser, dans chaque territoire de CSSS participant, au moins deux ateliers la première année avec une augmentation graduelle d'activité pour atteindre jusqu'à 10 à la fin de la 3<sup>e</sup> année.

Constater une amélioration du travail en partenariat (personne atteinte et équipe de soins) dans le suivi de cette clientèle. (Gain en efficacité et efficience)

Constater une amélioration de la prise en charge personnelle des soins et de la qualité de vie par la personne atteinte et ses proches.

Constater une réduction des épisodes de décompensation aiguë, du risque de progression de la maladie.

Constater une réduction de la morbidité liée aux maladies chroniques.

## **Conditions d'accès au programme**

Ce programme est complémentaire à la gamme des services offerts dans le continuum de services du programme de la lutte aux maladies chroniques. Idéalement, la personne atteinte est déjà connue des services et suivie par un professionnel de la santé ou une équipe interdisciplinaire. Ce n'est cependant pas un motif d'exclusion.

La mise en place du programme est appuyée concrètement par le CSSS du territoire où il est implanté. Cet appui se traduit par un soutien administratif et clinique pour la mise en œuvre du programme et des activités qui en découlent.

La personne atteinte de maladie chronique et ses proches peuvent s'inscrire d'eux-mêmes à la formation, même si la personne n'est pas suivie régulièrement par une équipe ou n'a pas eu d'information spécifique sur sa condition de santé.

Les professionnels de la santé sont en accord avec les principes qui sous-tendent le programme, les éléments du contenu de la formation donné aux personnes atteintes et à leurs proches et sont prêts à travailler avec eux en partenariat.

La personne atteinte et ses proches sont motivés à s'engager activement dans la formation et à améliorer leur qualité de vie.

## **RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DANS LES PROVINCES CANADIENNES**

De nombreux territoires ont mis en œuvre le programme d'autogestion des soins auprès des personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches. Au Canada, le programme est implanté dans 8 provinces et 1 territoire. Le soutien financier des gouvernements provinciaux est à géométrie variable. Par exemple, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique fournit des fonds à l'Université de Victoria pour l'implantation et l'évaluation du programme dans chaque région de santé. Au Yukon, le programme est implanté depuis 1998 et a commencé avec le programme permanent du gouvernement de ce territoire.

Au Québec, ce sont le Centre de santé de l'Université McGill, l'Université Mc Gill et l'Institut neurologique de Montréal qui soutiennent ce programme. À McGill, où le programme est débuté depuis 2007, il a eu 247 personnes enregistrées pour les groupes et 18 séries d'ateliers ont été donnés. Ces statistiques couvrent la période jusqu'en décembre 2008. Leur expérience les amène à suggérer qu'il est nécessaire de recruter plusieurs animateurs et maîtres-entraîneurs pour répondre aux besoins des personnes qui désirent participer à ce programme.

## PROPOSITIONS POUR LA MISE EN PLACE DE CE PROGRAMME EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

La démarche proposée pour l'implantation du programme s'étend sur trois ans. Au début, l'Agence de la santé jouera un rôle de premier plan pour la mise en œuvre du programme en collaboration avec les organisations locales, puis le soutien se poursuivra pour une durée de trois ans avec une diminution de l'intensité du soutien selon les besoins et les ressources des milieux. Le tableau de l'annexe 1, donne un aperçu de ces étapes.

### ***Cheminement habituel des animateurs bénévoles et des maîtres-formateurs dans le programme :***

L'animateur bénévole est une personne qui a suivi l'atelier (2 h 30 par semaine pendant 6 semaines) une première fois à titre de participant. S'il démontre toujours un intérêt pour devenir animateur, après un processus de sélection, il doit suivre une formation donnée par les maîtres-formateurs.

Pour devenir maître-formateur, l'animateur bénévole doit avoir déjà animé deux ateliers et avoir suivi une formation spécifique pour les maîtres-formateurs. Il doit également être certifié par Stanford.

Exceptionnellement, afin de débiter le processus en région, les animateurs bénévoles potentiels sont formés d'abord par les maîtres-formateurs et par la suite ils donnent eux-mêmes les ateliers. Afin d'optimiser leur apprentissage, les animateurs bénévoles doivent donner leur premier cours dans les 4 mois suivant la formation.

## TÂCHES DES DIFFÉRENTS ACTEURS DU PROGRAMME

<b>CHARGÉE DE PROJET RÉGIONALE (PHASE 1 ET 2)</b> <b>PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS EN MALADIES CHRONIQUES</b>
--

### **Rôle :**

La chargée de Projet régional du *Programme autogestion des soins en maladies chroniques*, voit à l'implantation du programme « Vivre en santé avec une maladie chronique » sur l'ensemble des territoires des CSSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui le désirent, voit à la gestion administrative du programme, au respect du contenu transmis lors des ateliers et au bon déroulement des activités.

### **Tâches :**

Pour ce faire, la chargée de projet régional :

- Recherche les informations pertinentes sur le programme « Vivre en santé avec une maladie chronique »;
- Prépare les documents de présentation du programme;
- Fait la promotion auprès des CSSS de la région et des autres organisations en lien avec les maladies chroniques;
- Soutient les CSSS qui désirent instaurer ce programme;
- Recrute, en collaboration avec les coordinations locales, les maîtres-formateurs et les animateurs;
- Fait la sélection, avec la collaboration d'un comité de sélection des maîtres-formateurs et des animateurs potentiels;
- Planifie les horaires de formation des maîtres-formateurs ou des animateurs en lien avec les ateliers déjà programmés;
- Organise les journées de formation des maîtres-formateurs ou des animateurs (logistique, matériel, etc.);
- Planifie les horaires des ateliers et s'assure de la disponibilité des maîtres-formateurs ou des animateurs selon le cas;
- Organise, en collaboration avec les coordinations locales, des ateliers à l'avance (recrute des participants, fixe l'horaire et détermine le lieu);
- Reçoit les demandes d'inscription pour la formation des maîtres-formateurs;
- Rappelle les participants potentiels afin de s'assurer de leur intérêt et de leur éligibilité;
- Supervise, en collaboration avec les coordinations locales le travail des maîtres-formateurs et des animateurs;
- Soutient, en collaboration avec les coordinations locales, les maîtres-formateurs et les animateurs tout au long des ateliers et s'il y a urgence ou difficulté particulière;
- Organise et anime les rencontres qui précèdent la formation des animateurs;
- Organise, en collaboration avec les coordinations locales, des rencontres de discussion, d'échange ou de planification pour assurer le maintien et le bon déroulement du programme;
- S'assure, en collaboration avec les coordinations locales, du maintien de la fidélité au programme;
- Dirige et fait le suivi des évaluations en collaboration avec les coordinations locales;
- En collaboration avec les coordinations locales, conserve et met à jour la liste des participants passés, actuels et potentiels;
- Collabore avec la responsable des communications à l'Agence pour la mise à jour de la liste des annonceurs, des moyens à utiliser (bulletin, article de journaux, page Web, feuillet d'information, entrevue à la radio, conférence, etc.), des dates de tombée et des endroits ciblés pour le marketing;

- Assure, en collaboration avec les coordinations locales, la promotion du programme auprès des professionnels de la santé, des groupes cibles et de la population en général;
- Organise, en collaboration avec les coordinations locales, une activité régionale afin de discuter des expériences vécues et de reconnaissance pour les animateurs d'ateliers et les maîtres-formateurs, au moins une fois par année;
- S'assure que le matériel requis et adéquat est disponible et en quantité suffisante;
- S'assure et met en place les conditions favorables pour le transfert de certaines activités et des responsabilités aux coordinations locales à la phase 3 de l'implantation du programme.

**COORDONNATEUR OU COORDONNATRICE LOCAL(E) (PHASE 1 ET 2)**  
**PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS EN MALADIES CHRONIQUES**

**Rôle :**

Le coordonnateur ou la coordonnatrice du Programme autogestion des soins en maladies chroniques du CSSS, voit à la gestion administrative du programme, au respect du contenu transmis lors des ateliers et au bon déroulement des activités.

**Tâches :**

Pour ce faire, le coordonnateur ou la coordonnatrice :

- Recrute les animateurs;
- Fait la sélection des animateurs potentiels avec la collaboration d'un comité de sélection et de la chargée de projet régional;
- Planifie les horaires de formation des animateurs en lien avec les ateliers déjà programmés en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Participe à l'organisation des journées de formation des animateurs (logistique, matériel, etc.);
- Planifie les horaires des ateliers et s'assure de la disponibilité des animateurs selon le cas en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Organise des ateliers à l'avance (recrute des participants, fixe l'horaire et détermine le lieu);
- Reçoit les demandes d'inscription;
- Rappelle les participants potentiels afin de s'assurer de leur intérêt et de leur éligibilité;
- Supervise le travail des animateurs en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Soutient les animateurs tout au long des ateliers et s'il y a urgence ou difficulté particulière en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Participe aux rencontres qui précèdent la formation des animateurs;

- Participe aux rencontres de discussion, d'échange ou de planification pour assurer le maintien et le bon déroulement du programme;
- S'assure du maintien de la fidélité au programme en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Dirige et fait le suivi des évaluations en collaboration avec la chargée de projet régional;
- Conserve et met à jour la liste des participants passés, actuels et potentiels et fournit la liste à la chargée de projet régional;
- Conserve et met à jour la liste des annonceurs, des moyens à utiliser (bulletin, article de journaux, page Web, feuillet d'information, entrevue à la radio, conférence, etc.), des dates de tombée et des endroits ciblés pour le marketing;
- Participe aux campagnes de promotion du programme auprès des professionnels de la santé, des groupes cibles et de la population en général;
- Participe aux activités régionales ou locales de suivi et de reconnaissance pour les animateurs d'ateliers et les maîtres-formateurs, au moins une fois par année;
- S'assure que le matériel requis et adéquat est disponible et en quantité suffisante.

**COORDONNATEUR OU COORDONNATRICE LOCAL(E) (À LA FIN DE LA PHASE 3)  
PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS EN MALADIES CHRONIQUES**

**Rôle :**

Le coordonnateur ou la coordonnatrice du Programme autogestion des soins en maladies chroniques, voit à la gestion administrative du programme, au respect du contenu transmis lors des ateliers et au bon déroulement des activités.

**Tâches :**

Pour ce faire, le coordonnateur ou la coordonnatrice :

- Recrute les animateurs bénévoles;
- Fait la sélection des animateurs potentiels avec la collaboration d'un comité de sélection;
- Planifie les horaires de formation des animateurs en lien avec les ateliers déjà programmés;
- Organise les journées de formation des animateurs (logistique, matériel, etc.);
- Planifie les horaires des ateliers et s'assure de la disponibilité des maîtres-formateurs ou des animateurs selon le cas;
- Organise des ateliers à l'avance (recrute des participants, fixe l'horaire et détermine le lieu);

- Reçoit les demandes d'inscription;
- Rappelle les participants potentiels afin de s'assurer de leur intérêt et de leur éligibilité;
- Supervise le travail des animateurs;
- Soutient les maîtres-formateurs et les animateurs tout au long des ateliers et s'il y a urgence ou difficulté particulière;
- Organise et anime les rencontres qui précèdent la formation des animateurs;
- Organise des rencontres de discussion, d'échange ou de planification pour assurer le maintien et le bon déroulement du programme;
- S'assure du maintien de la fidélité au programme;
- Dirige et fait le suivi des évaluations;
- Conserve et met à jour la liste des participants passés, actuels et potentiels;
- Conserve et met à jour la liste des annonceurs, des moyens à utiliser (bulletin, article de journaux, page web, feuillet d'information, entrevue à la radio, conférence, etc.), des dates de tombée et des endroits ciblés pour le marketing;
- Assure la promotion du programme auprès des professionnels de la santé, des groupes cibles et de la population en général;
- Organise des activités de reconnaissance pour les animateurs d'ateliers et les maîtres-entraîneurs, au moins une fois par année;
- S'assure que le matériel requis et adéquat est disponible et en quantité suffisante.

**MAÎTRE-FORMATEUR**  
**PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS EN MALADIE CHRONIQUE**

**Rôle :**

Le maître-formateur a la responsabilité de former les animateurs. C'est une personne atteinte de maladie chronique ou une personne qui a soigné une personne atteinte de maladie chronique, à titre d'aidant naturel. Il doit avoir suivi un entraînement de Maître et être certifié par Stanford.

**Tâches :**

Pour ce faire, le maître-formateur :

- Fait une formation de 4 jours 1/2 de maître-formateur;
- Complète sa formation en dirigeant deux ateliers de six semaines à l'intérieur de six mois mais jamais plus d'un an après son entraînement de maître;
- Forme les animateurs (séance de 4 jours);

- Participe pleinement aux rencontres qui précèdent la formation;
- Participe à toutes les rencontres qui pourraient s'avérer nécessaires lors de la semaine de formation;
- Participe à l'évaluation des nouveaux animateurs;
- Travaille en tout temps dans un climat d'égalité et d'entraide avec les autres maîtres-formateurs, puisque les formations se donnent conjointement par deux maîtres-formateurs;
- Est un exemple positif pour les animateurs;
- Offre le soutien dont les animateurs ont besoin;
- Assume, auprès des animateurs, le rôle de mentor;
- Participe aux évaluations des ateliers et des formations;
- Donne une rétroaction sur les formations;
- Formule des suggestions pour les améliorations;
- S'acquitte des tâches administratives mineures (ex. : tenir un registre des présences);
- Respecte la confidentialité des animateurs;
- Respecte les normes établies dans le programme « Vivre en santé avec une maladie chronique »;
- Avertit, le coordonnateur ou la coordonnatrice du programme, de leur absence dans un délai raisonnable;
- Doit avoir un horaire de travail qui permet de prendre quatre jours, deux ou trois fois par année, pour entraîner les animateurs.

**ANIMATEUR BÉNÉVOLE D'ATELIER**  
**PROGRAMME D'AUTOGESTION DES SOINS EN MALADIES CHRONIQUES**

**Rôle :**

L'animateur, dirige en collaboration avec un coanimateur, des ateliers d'autogestion des soins. Un atelier est d'une durée de 2 h 30 par semaine pendant 6 semaines consécutives, en suivant un programme détaillé contenu dans le manuel de l'animateur tel que prescrit par Stanford. L'animateur doit être une personne atteinte de maladie chronique ou une personne qui a pris soins d'une personne atteinte de maladie chronique à titre d'aidant naturel.

**Tâches :**

Pour ce faire, l'animateur :

- S'engage, avant le début de sa formation, à animer un atelier (2 h 30 par semaine pendant 6 semaines) déjà planifié;

- Participe pleinement aux rencontres qui précèdent la formation;
- Participe à la semaine de formation et à toutes rencontres qui pourraient s'avérer nécessaires;
- Travaille en tout temps dans un climat d'égalité et d'entraide conjointement avec les autres animateurs, puisque les ateliers se donnent conjointement par deux animateurs bénévoles;
- Est un exemple positif pour les participants;
- Assume, auprès des participants, le rôle de mentor;
- Participe à l'évaluation des ateliers;
- Donne une rétroaction sur les ateliers;
- Formule des suggestions pour les améliorations;
- S'acquitte des tâches administratives mineures (ex. : tenir un registre des présences);
- Respecte la confidentialité des participants;
- Respecte les normes établies dans le programme « Vivre en santé avec une maladie chronique »;
- Avertit, le coordonnateur ou la coordonnatrice du programme de leur absence dans un délai raisonnable;
- Donne au moins un atelier par année.

## **BUDGET PRÉVISIONNEL POUR METTRE EN PLACE LE PROGRAMME**

Afin de mettre sur pied le programme « Mieux vivre en santé avec une maladie chronique » les organisations devront consentir à réserver un montant d'argent nécessaire à la viabilité du programme. Le tableau, en annexe 2, fait état des coûts possibles pour mettre sur pied le programme dans une perspective de 3 ans.

## CONCLUSION

En novembre 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue prenait position pour les programmes d'autogestion des soins : « La mise en place des programmes d'autogestion des soins et d'autosanté constitue une opportunité d'expérimenter et de développer des approches novatrices dans la gestion des maladies chroniques [...] Ce concept doit être partie intégrante lors de l'organisation des soins et des services destinés aux personnes atteintes de maladie chronique et leurs proches. »<sup>13</sup>

Nous avons vu dans le présent document, un type de programme d'autogestion des soins qui s'inscrit dans la lignée des services à offrir auprès des personnes atteintes. Ce programme se veut un outil supplémentaire qui a pour but de développer un partenariat entre la personne, ses proches et l'équipe interdisciplinaire ou le professionnel de la santé. C'est un outil de développement personnel mis de l'avant afin d'aider la personne et ses proches à mieux vivre quotidiennement avec une condition chronique et à se sentir en meilleur santé.

---

<sup>13</sup> RACICOT, Marie-Josée & Coll (2004), **Réflexion sur l'organisation des soins et des services pour les patients atteints de maladies chroniques et leurs proches**, *Module 3 : Autosoins*, document de travail, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda





**ANNEXES**



# ANNEXE 1 - ÉTAPES DE RÉALISATION DU PROJET D'AUTOGESTION DES SOINS



## Maladies chroniques Scénarios possibles

Étapes	Régional	Local	Remarques
<b>Préparation à l'implantation</b>	Obtenir une licence de Stanford au niveau régional.	Recevoir l'appui et l'engagement du CSSS pour soutenir le projet au point de vue administratif et clinique.	L'appui des maîtres-formateurs du RUIS Mc Gill est essentiel pour former le premier groupe des animateurs.
<b>L'an 1</b>	<p>Faire la promotion au niveau régional et local pour le lancement du projet.</p> <p>Mettre sur pied un premier groupe d'animateurs bénévoles en regard des besoins des territoires.</p> <p>Organiser une formation pour un premier groupe d'animateurs bénévoles (10 à 16 personnes) pour la région, pourrait compter jusqu'à 20 personnes.</p> <p>Prévoir au moins 6 ateliers à réaliser dans les mois suivant la formation afin de mettre en pratique les apprentissages d'animateurs.</p>	<p>Déterminer le nombre d'ateliers à donner pour l'année (minimum de 2).</p> <p>Déterminer le nombre d'animateurs requis (minimum de 4 animateurs par localité).</p> <p>Identifier les animateurs potentiels pour suivre la formation.</p> <p>Obtenir l'engagement des personnes pour diriger des ateliers (au moins 1 par année).</p>	
<b>Phase 1 (fin de l'an 1)</b>	<p>Faire la promotion du programme au niveau régional et local et collaborer au recrutement des participants potentiels pour les ateliers.</p> <p>Soutenir les équipes locales pour la mise sur pied des premiers ateliers, au niveau financier et professionnel.</p> <p>Soutenir les coordonnateurs locaux et les animateurs locaux lors de la dispensation des ateliers au niveau financier et professionnel.</p>	<p>Recruter des participants potentiels.</p> <p>Former les groupes pour les ateliers.</p> <p>Dispenser les ateliers d'autogestion des soins.</p>	<p>La chargée de projet régionale soutient les équipes locales pour la promotion du programme, la formation des groupes, le support aux animateurs, l'évaluation des activités, le matériel requis.</p> <p>Organiser une activité régionale qui regroupe les coordonnateurs, les animateurs pour faire le point sur leurs expériences.</p>

NB : Un atelier correspond à une session de 2 h 30 par semaine pendant 6 semaines consécutives.

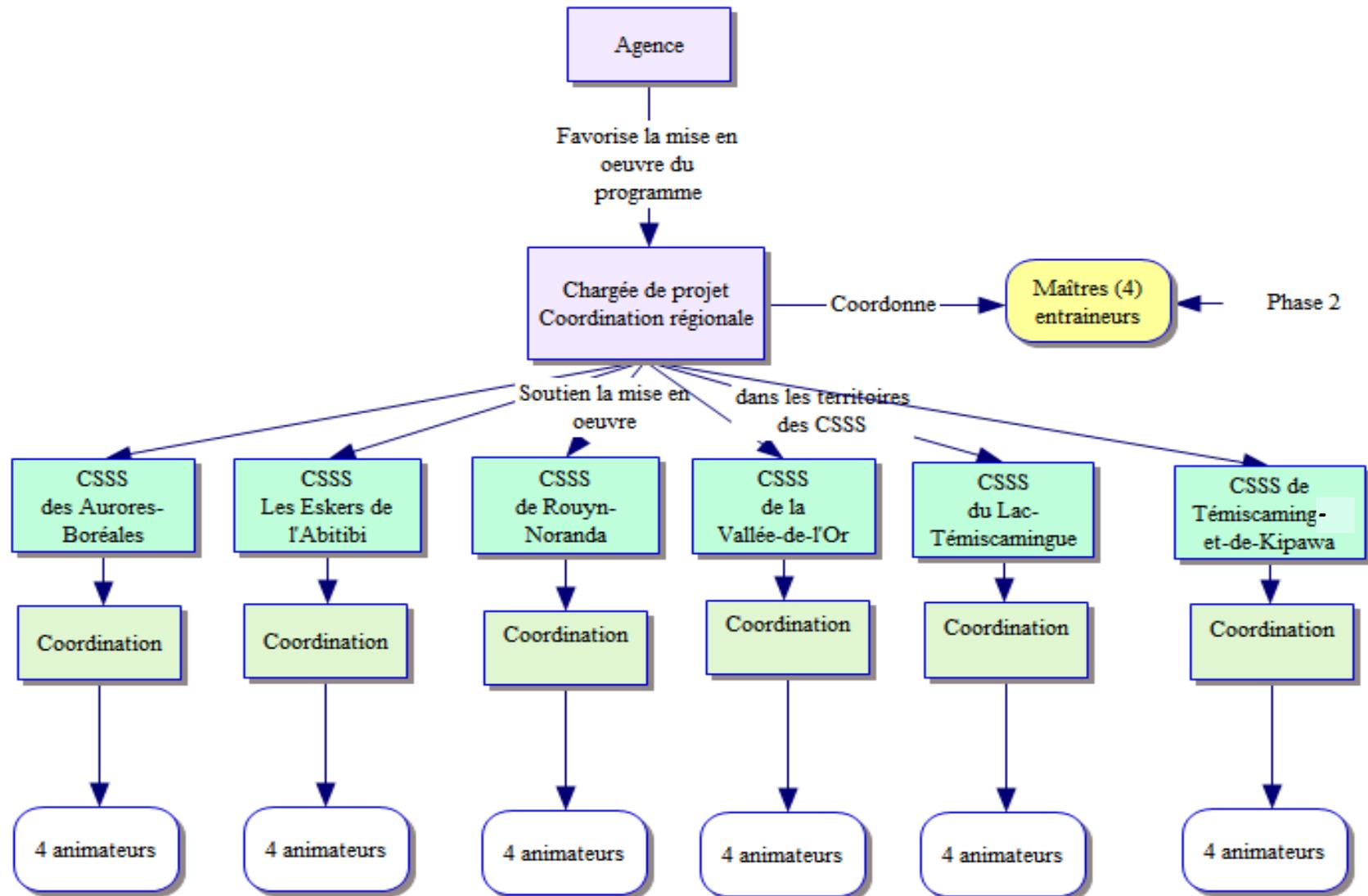


Étapes	Régional	Local	Remarques
<b>Phase 2</b> <b>L'an 2</b>	<p>Faire la promotion du programme au niveau régional et local pour assurer un bon rythme de croisière.</p> <p>Constituer une équipe de maîtres-formateurs régionale et organiser leur formation.</p> <p>S'assurer du recrutement de nouveaux animateurs locaux selon les besoins et en assurer la formation.</p> <p>Soutenir les coordinations locales pour la mise en place régulière des ateliers pour une prochaine année, au niveau financier et professionnel.</p> <p>Poursuivre le soutien professionnel aux coordinations locales et aux animateurs locaux.</p> <p>Réaliser une activité régionale pour faire le bilan de l'expérimentation et mettre en place les outils pour rendre les équipes autonomes.</p>	<p>Identifier les personnes pour devenir maîtres-formateurs et les encourager à faire la formation appropriée.</p> <p>Identifier des animateurs potentiels qui seront formés lors des prochaines formations.</p> <p>Organiser et dispenser des ateliers selon le rythme prévu.</p> <p>Soutenir les animateurs locaux.</p>	<p>Vérifier avec le RUIS Mc Gill pour la possibilité de former l'équipe régionale de maîtres entraîneurs.</p>
<b>Phase 3</b> <b>L'an 3</b>	<p>Transférer les activités de la chargée de projet au niveau des CSSS des territoires.</p>	<p>Obtenir une licence de Stanford pour continuer les ateliers d'autogestion des soins.</p> <p>Assumer le rôle de coordination des ateliers et les tâches qui s'y rattachent.</p>	<p>Conserver l'équipe régionale de maîtres-formateurs, rattachée à un professionnel de l'Agence et qui a un lien privilégié avec les coordonnateurs de chaque territoire (modèle 2)</p>

NB : Un atelier correspond à une session de 2 h 30 par semaine pendant 6 semaines consécutives.

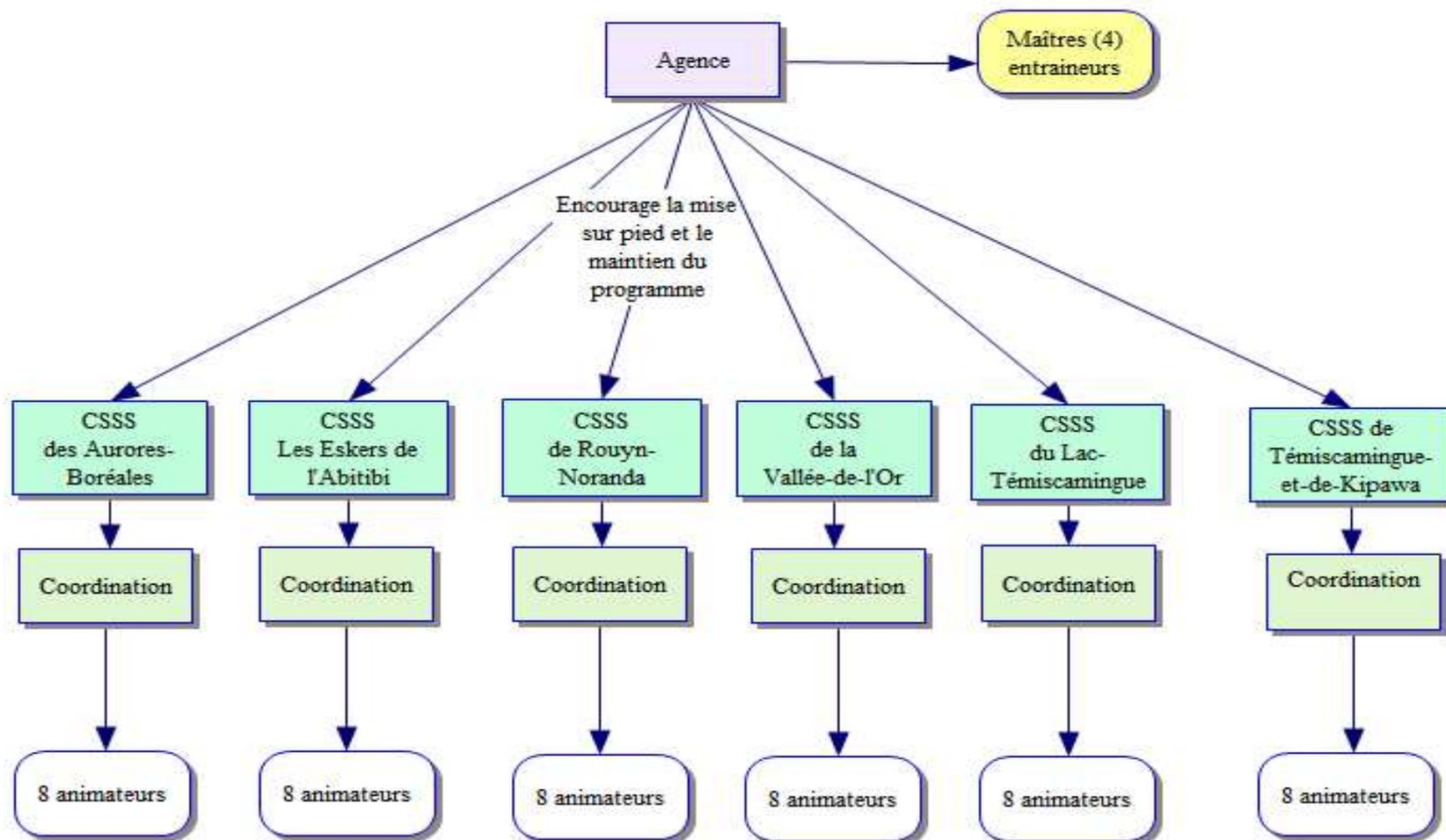


## Phase 1 et 2





### Phase 3





## ANNEXE 2 - BUDGET PRÉVISIONNEL (3 ANS)

Phase	Activités	Ressources	Régionale	Locale/CSSS	
1	Préparation à l'implantation	Chargée de projet (3 jours/semaine : 224 \$/j)	32 300		
	Promotion du programme et publicité			500	
	Obtention d'un permis de Stanford	Licence pour 10 ateliers / an pour 3 ans	500		
	Nomination de coordonnateur local	Coordonnateur local (3 jours/semaine : 729,12 \$/sem)		37 914	
		<b>Sous total</b>	<b>32 800 \$</b>	<b>38 414 \$</b>	
	Formation d'un premier groupe d'animateurs Organisation de l'activité de formation pour 20 personnes (le groupe ne peut pas avoir moins de 10 personnes ou plus de 25)	Maîtres-formateurs Mc Gill (honoraires + frais déplacement) (5 800 budget formation réseau)			
		Matériel et fournitures pour la formation des animateurs	4 000		
		<b>Sous total</b>	<b>4 000 \$</b>		
	Organisation d'ateliers pour 12 personnes Minimalement 2 groupes. (chaque groupe ne peut avoir moins de 10 personnes ou plus de 15 personnes.	Animateurs d'ateliers (100 \$ chaque animateur par atelier)			<b>400</b>
		Matériel et fournitures pour les ateliers			<b>1 600</b>
		<b>Sous total</b>			<b>2 000</b>
		<b>TOTAL an 1</b>		<b>36 800 \$</b>	<b>40 414 \$</b>

Note 1 : Le salaire de la chargée de projet et du coordonnateur local est prévu pour 3 jours/semaine, 52 semaines par an. Il est calculé selon l'échelle médiane d'un professionnel (échelon 12) + 12 % pour les avantages sociaux.

Note 2 : Pour les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue, 10 % est ajouté comme prime d'éloignement.

Note 3 : La publicité régionale est réalisée à partir de l'enveloppe déjà prévue à cet effet.

Note 4 : Dans les ateliers, le livre de référence et le CD de relaxation peut être vendu aux participants qui désirent l'acheter.



Phase	Activités	Ressources	Régionale	Locale/CSSS	
2	Implantation	Chargée de projet (3 jours/semaine : 224 \$/j)	32 300		
	Promotion du programme et publicité			1 000	
	Obtention d'une licence de Stanford	Licence pour 10 ateliers / an pour 3 ans	S. O.		
	Présence de coordonnateur local	Coordonnateur local (3 jours/semaine : 729,12 \$/sem)		37 914	
		<b>Sous total</b>	<b>32 300 \$</b>	<b>38 914 \$</b>	
	Animation d'ateliers pour 12 personnes /minimalement 4 groupes dans l'année.  (chaque groupe ne peut avoir moins que 10 personnes ou plus de 15)	Animateurs d'ateliers (100 \$ chaque animateur/ateliers)			800
		Matériel et fournitures pour les ateliers			2 225
		<b>Sous total</b>			<b>3 025</b>
		<b>TOTAL an 2</b>		<b>32 300 \$</b>	<b>41 939 \$</b>

Note 1 : Le salaire de la chargée de projet et du coordonnateur local est prévu pour 3 jours/semaine, 52 semaines par an. Il est calculé selon l'échelle médiane d'un professionnel (échelon 12) + 12 % pour les avantages sociaux.

Note 2 : Pour les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue, 10 % est ajouté comme prime d'éloignement.

Note 3 : La publicité régionale est réalisée à partir de l'enveloppe déjà prévue à cet effet.

Note 4 : Dans les ateliers, le livre de référence et le CD de relaxation peut être vendu aux participants qui désirent l'acheter.

Note 5 : S. O. = sans objet



Phase	Activités	Ressources	Régionale	Locale/CSSS	
3	Implantation	Chargée de projet (3 jours/semaine : 224 \$/j)	32 300		
	Promotion du programme et publicité			1 000	
	Obtention d'une licence de Stanford	Licence pour 10 ateliers / an pour 3 ans.		500	
	Présence d'un coordonnateur local	Coordonnateur local (3 jours/semaines : 729,14 \$/SEM)		37 914	
	<b>Sous total</b>			<b>32 300 \$</b>	<b>39 414 \$</b>
	Au niveau régional Organisation de l'activité de formation des animateurs pour 20 personnes (le groupe ne peut avoir moins de 10 personnes ou plus de 25)	Maîtres-entraîneurs pour les nouveaux animateurs (Formation réseau : 5 800 \$)			
		Matériel et fournitures pour la formation des animateurs		3 250	
		<b>Sous total</b>		<b>3 250 \$</b>	
	Au niveau local Animation d'ateliers pour 12 personnes / 10 ateliers (le groupe ne peut avoir moins de 10 personnes et plus de 15)	Animateurs d'ateliers (100 \$ chaque animateur/atelier)			2 000
		Matériel et fournitures pour les ateliers			5 500
		<b>Sous total</b>			<b>7 500 \$</b>
		<b>TOTAL an 3</b>		<b>35 550 \$</b>	<b>46 914 \$</b>

Note 1 : Le salaire de la chargée de projet et du coordonnateur local est prévu pour 3 jours/semaine, 52 semaines par an. Il est calculé selon l'échelle médiane d'un professionnel (échelon 12) + 12 % pour les avantages sociaux.

Note 2 : Pour les territoires de Témiscaming-et-de-Kipawa et du Lac-Témiscamingue, 10 % est ajouté comme prime d'éloignement.

Note 3 : La publicité régionale est réalisée à partir de l'enveloppe déjà prévue à cet effet.

Note 4 : Dans les ateliers, le livre de référence et le CD de relaxation peut être vendu aux participants qui désirent l'acheter.

## EN RÉSUMÉ

Niveau	Année	Régional	Local
	Année 1	36 800	40 414
	Année 2	32 300	41 939
	Année 3	35 550	46 914
	<b>TOTAL</b>	<b>104 650 \$</b>	<b>129 267 \$</b>